Ueber einen Fall von Rhinophyma.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Herbert Schneider,
approb. Arzt aus Manchester.

München, 1907.
Kgl. Hof- und Universitätsbuchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ueber einen Fall von Rhinophyma.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Herbert Schneider,
approb. Arzt aus Manchester.

München, 1907.
Kgl. Hof- und Universitätsbuchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Geh. Rat Prof. Dr. Ritter v. Angerer.

Meiner Mutter

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548315_0105

Den Namen Rhinophyma hat Ferdinand v. Hebra demjenigen Krankheitsbilde gegeben, das im allgemeinen als Pfund- oder Knollennase bezeichnet wird.

Dadurch, dass die von dem Leiden Betroffenen äusserst entstellt werden und jeder, der ein wirkliches Rhinophyma einmal gesehen hat, das Bild immer vor Augen behält, ist es erklärlich, dass man die Krankheit seit langer Zeit kennt und auch beschrieben hat. Schon den römischen Satirikern war sie nicht unbekannt. Einer von ihnen besingt in scherzhaft übertriebenen Worten einen gewissen Pompilius. Aus dem alten Epigramm kann man wohl mit Sicherheit annehmen, dass es sich um ein Rhinophyma gehandelt hat.

Pompilio est nasus cupitos tres longus et unum
Latus et hunc murus cingit uterque triplex;
Adsunt et turres Bachus, quas conditit ipse
Et minio tinctas usque rubere dedit.

In medizinischen Werken lesen wir zum ersten Male bei Sennert im Anfange des 15. Jahrhunderts über einen Mann, desen Nase so gross gewesen sei, dass sie ihm beim Lesen gehindert hätte. Eineinhalb Jahrhunderte später beschreibt der Franzose Lorry in dem Kapitel de rubore et tumoribis in cute narium das Übel als solches. Die späteren Autoren erwähnen es unter dem Kapitel Acne rosacea oder hypertrophica. Auch Ferd. v. Hebra beschreibt in seinem Lehrbuch Seite 626 im Gegensatz zu seiner im Atlas gewählten Bezeichnung Rhinophyma die Krankheit unter dem Kapitel Acne rosacea. Der Engländer Wilson empfiehlt

den griechischen Namen Spargosis — Zustand der Schwellung — anzuwenden. Er dehnt den Namen aber auch aus auf Spargosis penis, scrotalis, cruralis, brachialis etc., während doch die Krankheit, unter der wir Rhinophyma verstehen, sicherlich auf die Nase beschränkt ist. Ferner setzt er sie gleich mit Elephantiasis arabum, was, wie noch gezeigt werden soll, nicht zulässig erscheint.

Simon machte die ersten mikroskopischen Untersuchungen und fand eine starke Vermehrung des Bindegewebes und Erweiterung der Drüsen.

1845 beschrieb nun v. Hebra die Krankheit. Zuerst schilderte er den Unterschied zwischen Acne vulgaris und A. rosacea. Er zeigte, dass es sich bei Acne vulgaris um einen entzündlichen Prozess, eine Folliculitis handelte, während bei der Acne rosacea das Wesentliche die Neoplasie, die Zellgewebs- und Gefässneubildung sei und dass eine eventuell vorhandene Entzündung der Talgdrüsen eine zwar häufige, aber sicherlich zufällige Komplikation bildet.

Bei der Acne rosacea unterschied er drei Formen: Acne rosacea ersten Grades nannte er die Rötung der Nase und angrenzenden Teile, verbunden mit Sebumabsonderung und zeitweise erhöhtem Wärmegefühl, bisweilen vereint mit einer gleichmässigen geringen Vergrösserung. Als Acne rosacea zweiten Grades bezeichnet er den Zustand, wenn es zur Ausbildung von halbkugeligen Wülsten gekommen war, die verschiedene Grösse hatten und deren Inhalt nicht aus Sekret oder Eiter, sondern aus einer gleichmässigen, dem übrigen Hautgewebe analogen Masse bestand.

Rhinophyma oder Acne rosacea dritten Grades nannte er die Krankheit, wenn es sich um eine monströse Verunstaltung der Nase mit Bildung von mächtigen, breit oder gestielt der Nase aufsitzenden Tumoren handelte.

Diese Ansicht v. Hebras wird heute noch von den meisten Autoren geteilt.

Zu erwähnen ist noch die oben genannte Meinung Wilsons, das Rhinophyma der Elephantiasus arabum gleichzustellen, weil man den Namen nicht allein bei ihm, sondern namentlich in der französischen Litteratur öfters begegnet. Klinisch und anatomisch besteht aber ein grosser Unterschied zwischen den beiden Krankheiten. Ein Rhinophyma entsteht nie unter entzündlichen Erscheinungen, es besteht nur eine stärkere Injektion durch die dilatierten, kleinen Blutgefässe, es vergrössert sich langsam und stetig, namentlich ist niemals ein Erysipel interkurrent beobachtet worden. Bei der Elephantiasis arabum handelt es sich um eine starke Bindegewebsvermehrung, hervorgerufen durch chronisch wiederkehrende erysipelartige Entzündungen und wirkliche Erysipele, verbunden mit sekundärem, chronischen Ödem. Infolgedessen kann man das Rhinophyma durch Druck nur soweit verkleinern, als die in ihm enthaltene Blutmenge beträgt, und bei aufhörendem Drucke nimmt die Geschwulst sofort wieder die alte Gestalt an. Im Gegensatz hierzu kann man bei Elephantiasis arabum durch systematisch angelegte Druckverbände das Ödem, sei es ein entzündliches oder gestautes, auf längere Zeit wesentlich verringern. So sieht man auch bei operativen Eingriffen beim Rhinophym durch die Blutgefässhyperplasie eine enorme Blutung, während bei Elephantiasis arabum beim Incidieren zunächst — namentlich bei frischen Fällen — eine grössere Menge einer eiweisshaltigen Flüssigkeit ausfliesst.

Schliesslich bleibt bei Rhinophyma das Knochengerüst immer unbeteiligt und sehr wahrscheinlich das Knorpelgerüst ebenfalls, während es sich bei Elephantiasis arabum, wie schon seit langen bei Erkrankung der unteren Extremität an der Tibia nachgewiesen wurde und auch bei aus-

gesprochener Elephantiasis der Nase sicher gestellt ist, um eine Periostitis ossificans handelt. Aus den angeführten Gründen kann die Indentifizierung des Rhinophyma mit Elephantiasis arabum wohl nicht aufrecht gehalten werden.

Die vorherrschende Meinung war, wie erwähnt die, das Rhinophyma sei der höchste Grad einer Acne rosacea. Einen andern Standpunkt vertrat Wilson mit der Bezeichnung Spargosis. Ferner scheint Lorry ebenfalls anderer Meinung gewesen zu sein, da er die Krankheit unter dem Kapitel De rubore et tumoribus in cute narium erwähnt hat; eine wissenschaftliche Begründung fehlt jedoch. Auch Rokitansky handelt das Rhinophyma unter dem Kapitel der Hypertrophien ab. Die erste eingehende wissenschaftliche Beschreibung, auf histologischen Untersuchungen beruhend, gab Hans v. Hebra, der das Rhinophym als selbstständige Krankheit unabhängig von der Acne rosacea beschrieb. 1895 schrieb Lassar eine kleine Abhandlung in der Dermatologischen Zeitschrift über das Rhinophyma und bezeichnete es als Cysto-Adeno-Fibrom.

So gehen die Meinungen verschiedener Autoren auseinander.

Im allgemeinen kann man sagen, dass die Ansicht der Gleichstellung der Rhinophyma mit dem höchsten Grade der Acne rosacea noch die weitverbreitetste ist.

Es scheint daher dem Verfasser dieser Arbeit eine dankbare Aufgabe zu sein, das, was in der letzten Zeit über die Kenntnis des Rhinophyma geschrieben ist, im Anschluss an einen in jeder Beziehung typisch verlaufenen Fall von Rhinophyma, zu veröffentlichen.

Unter Rhinophyma versteht man ein gutartiges Neoplasma der Nase, welches eine meist enorme Vergrösserung derselben bedingt. Die Verdickung erfolgt von der Nasenspitze und den Nasenflügeln aus und zwar nicht gleich-

mässig, sondern derart, dass die Oberfläche eine gelappte, höckerige wird. Bald sitzen die Lappen mit breiter Basis auf, bald sind sie gestielt und zeigen so eine grössere oder geringere Motilität. Entsprechend ihrem Sitze an der Seite oder der Nasenspitze erfolgt die Vergrösserung in der Breite oder Länge. Entwickeln sich die Lappen an der Spitze und den Seiten gleichmässig, so kommt es zu den grössten Formen der Neubildung, wie es in unserem Falle war (siehe Tafel I und II). Vergrösserungen in der Breite können bis zum Lidrand reichen, in der Länge bis zum Munde. Meistens findet man die mannigfachsten Mischformen.

Die Farbe der Tumoren ist meist rot, blaurot, seltener grau und ganz selten zeigt sie nur geringe Abweichung von der übrigen Hautfarbe. An der Oberfläche sieht man dunkle Stränge, die die Dicke eines Rabenkieles annehmen können; sie stammen von den stark vergrösserten Gefässen her.

Die Konsistenz der Geschwulst ist fast immer weich, teigig, sehr selten fest.

Die Oberfläche ist von dem reichlichen Sebumausfluss fettig glänzend. Man sieht sehr viele grössere und kleinere Poren, aus denen bei geringstem Drucke sich reichliche Mengen Sebums entleeren, das einen unangenehmen, ranzig riechenden Geruch verbreitet. Fast immer bleibt das Gebilde auf die Nase beschränkt, doch sind auch Ausdehnungen auf die Wange und Augenbrauenbögen beobachtet worden.

Was den histologischen Bau der Neubildung betrifft, so handelt es sich immer um eine gutartige Geschwulst, die Lassar Cysto-Adeno-Fibrom genannt hat. Er schreibt: „Es gibt nicht viele pathologische Neubildungen von so typischer Identität.“ Unbeteiligt bleiben immer Epidermis und Unterhautfettgewebe. Der Sitz des Neoplasma ist das

Corium. Primär ist die Hypertrophie des Drüsengewebes, peripher an diese schliesst sich sekundär die Bindegewebsbildung. Letzteres bleibt infolge des grossen Gefässreichtums weich und zart. Das Volumen der Talgdrüsen wird ausgedehnt; so treten die kleinsten Drüsengänge und Acini deutlich zutage. Die epitheliale Drüsenauskleidung ist intakt erhalten. Protoplasma ist durchscheinend und der Kern wohl erhalten.

Die Beschwerden der von Rhinophyma befallenen sind nur geringer Natur. Sie haben niemals Schmerzen. Nur macht sich das Gefühl der Schwere bei grossen Tumoren geltend. Bisweilen besteht ein subjektives Wärmegefühl. Störend wirken nur sehr grosse bis auf den Mund reichende Tumoren beim Essen und Trinken. Ja selbst kann bei monströsester Vergrösserung der Nase, wie in unserem Falle, das Atmen behindert sein. Am deutlichsten werden die Kranken sich ihres Leidens bewusst, wenn sie sich in der Öffentlichkeit sehen lassen, weil sie stets dem Gespott der Menschen, namentlich der Strassenjugend, ausgesetzt sind.

Die Krankheit tritt nur in vorgerückterem Alter, zwischen der Mitte der vierziger bis siebziger Jahre auf. Meistens dauert die Entwicklung eines Rhinophyma eins, zwei bis drei Jahrzehnte. Es sind jedoch auch Fälle beobachtet worden, wo sich ein Rhinophyma innerhalb vier Jahren entwickelt hatte. Die Nase beginnt langsam durch viele Jahre hindurch zu schwellen, verbunden mit beträchtlicher Sebumabsonderung. Dann kommt es häufig ohne irgend einen bestimmmten Grund zum schnelleren Wachsen. Ob die Angaben einzelner Patienten, die das schnellere Wachsen der Geschwulst durch ein Trauma wie Stossen beim Waschen, Fall auf die Nase oder plötzliches Auftreten von Epistaxis begründen wollten, ernst zu nehmen sind, ist sehr fraglich.

Das Rhinophyma stellt eine seltenere Krankheitsform dar. In Kliniken mit reichlichstem Krankenmaterial sind nur wenig Fälle von Rinophyma beobachtet worden. So berichtet von Bruns über elf Fälle, Hebra über vier, Lassar über fünf, Pottgiesser über acht und Dubreuilh über sechs. Da in der Literatur einige sehr grosse Formen von Rhynophyma erwähnt werden, unter den zahlreichen Abbildungen sich aber keines fand, das auch nur annähernd die Grösse hatte, die Verfasser beobachten konnte, so hielt er es für angebracht, die Bilder des Patienten vor und nach der Operation beizufügen.

Über die Ätiologie kann Bestimmtes zur Zeit noch nicht gesagt werden. Sicherlich ist nicht die Tatsache zu bestreiten, dass sehr viele von denen, die ein Rhinophyma hatten, vorher an Acne rosacea litten. Beim Durchlesen der Literatur findet man aber ebenfalls einwandfreie Fälle von Rhinophyma, wo niemals ein Acne rosacea vorhergegangen war.

Ferner sind noch zwei weit verbreitete Ansichten richtig zu stellen, nämlich dass Rhinophyma durch starkes Potatorium hervorgerufen würde und dass es niemals beim weiblichen Geschlecht vorkäme. In der ihm zu Gebote stehenden ziemlich umfangreichen Literatur hat Verfasser nur vereinzelte Fälle gefunden, bei denen ein Rhinophyma bei Potatoren vorkam. Dr. Rusch beschreibt in der Wiener klinischen Wochenschrift 1902 ein Rhinophyma bei einem Potator strenuus. Ferner berichtet von Bruns über einzelne Fälle bei vorhandenem Potatorium. Im übrigen begegnet man fast immer der Bemerkung, dass gar kein oder höchstens sehr geringes Potatorium vorliegt. von Bruns selber, ferner Hebra, Trendelenburg und Lassar bestreiten ebenfalls, dass Potatorium vorhanden sein müsse. Hebra schreibt, um seine Ansicht zu begründen, man müsse dem

Rhinophyma sehr häufig begegnen, wenn es durch Potatorium hervorgerufen sei. Denn wie viele Trinkernasen sehe man und wie äusserst selten ein Rhinophyma. Lassar ist der Ansicht, die viel für sich hat, dass die zum Rhinophyma prädisponiert seien, die besonders weite Poren der Talgdrüsen hätten. Eine bestimmte Ätiologie kann also nicht angegeben werden. Doch stellen zweifellos die ein grosses Kontingent des Rhinophymas, die an Acne rosacea vorher litten und grosse Poren haben.

Was die Ansicht über das ausschliessliche Vorkommen des Rhinophymas beim männlichen Geschlechte anlangt, so ist ein Rhinophyma allerdings äusserst selten beim Weibe. In der Münchener chirurgischen Poliklinik (Professor Klaussner) ist jedoch ein Rhynophyma bei einer 47jährigen Bäuerin beobachtet worden; auch sah Lassar ein typisches Rhinophyma bei einer Engländerin.

Bevor die Frage der Therapie und Prognose erörtert wird, möchte Verfasser den von ihm beobachteten Krankheitsfall schildern.

29. V. 1905. L. J., Schreinergehilfe aus Ingolstadt, 55 Jahre alt.

Anamnese: Patient gibt an, dass die Geschwulst an der Nase vor etwa 18 Jahren begonnen hätte. Schon vorher hätte er ein rotes Gesicht gehabt, namentlich seien Nase und Wangenflächen rötlich gewesen. Die Geschwulst sei sehr langsam gewachsen. Zuerst entstanden an beiden Nasenflügeln kleine Geschwülste, die anfangs hart waren und später weich wurden. Dann wäre auch die Nasenspitze ergriffen. Vor fünf Jahren habe die Schwellung, ohne dass Patient einen Grund dafür angeben konnte, schneller zugenommen. Aus der Geschwulst sondere sich Serum ab. Ungefähr alle 14 Tage drückte Patient sich grössere Mengen ranzig riechenden Talg aus, nachdem er

vorher auf die Geschwulst Umschläge mit heissem Wasser gemacht hatte. Sie wurde innerhalb fünf Jahren so gross, dass Patient beim Trinken die Nase mit der einen Hand hoch halten musste, um mit der anderen das Glas an den Mund zu bringen. In letzterer Zeit hatte sich das Übel nun derart verschlimmert, dass Patient beim Atmen gehindert wurde. Er konnte nur schlafen, wenn er eine Hand zwischen Oberlippe und Geschwulst legte. Durch diese Beschwerden sah er sich veranlasst die Münchener chirurgische Klinik aufzusuchen.

Sonst will Patient stets gesund gewesen sein. Er hat angeblich keine Kinderkrankheiten durchgemacht. Mit zehn Jahren hatte er Gliederreissen. Der Vater ist im hohen Alter gestorben; die Todesursache ist unbekannt. Die Mutter starb im Alter von 72 Jahren an Altersschwäche. Patient hat sechs Geschwister, die alle leben und gesund sind. Er ist seit 21 Jahren verheiratet und hat eine gesunde Tochter von 20 Jahren. Fünf Kinder sind im Alter von ungefähr einem Jahr an Scharlach, Diphtherie und Masern gestorben. In der Verwandtschaft des Patienten ist niemand, der ein rotes Gesicht oder ein ähnliches Leiden wie Patient gehabt hätte. Er trinkt täglich 3—4 Halbe Bier. Luetische und gonorrhoeische Infektion werden negiert.

Status praesens: Patient ist von mittelkräftigem Körperbau und entsprechendem Nahrungszustand.

Sichtbare Schleimhäute gehörig injiziert. Thorax von gehöriger Länge, Breite und ziemlich beträchtlicher Tiefe. Lungengrenzen sehr wenig verschiedlich.

Perkussion ergibt tief sonoren Schall. Bei der Auskultation hört man über beide Lungen Rhonchi.

Herzfigur nicht verbreitert, Töne rein, leise. Es besteht leichte Arythmie. Arteriae temporales und brachiales sind leicht geschlängelt und etwas hart.

Die Haut des Gesichtes ist mit dunkelroten Flecken und ganz kleinen weissen Knötchen übersät. Die Nase (siehe Tafel I und II) ist bis zu Gänseeigrösse vergrössert. An der Oberfläche sieht man dunkelrote bis rabenkieldicke Streifen. An der Nase befinden sich tiefrote, geschwulstartige Höcker, die durch dazwischen liegende tiefe Furchen in grössere und kleinere Lappen abgeteilt werden. Die Ausführungsgänge der Talgdrüsen erscheinen als tiefe Poren, wodurch das Ganze ein schwammartiges Aussehen erhält. Bei Druck entleert sich aus den Poren ein weisses, ranzig riechendes Sekret. Die Konsistenz des Tumors ist teigig weich.

Erste Operation am 2. Juli 1905: Die Operation wurde ohne Chloroformnarkose gemacht; subkutan wurde Morphium 0,015 gegeben. Die Geschwulst wurde mit dem Skalpell an der Basis abgetragen. Die eintretende sehr starke Blutung wurde durch Abklemmen und Umstechung der Gefässe ohne Anwendung des Thermokauters gestillt. Darauf erfolgte die Schliessung der Wunde durch Seidenknopfnähte, Als Verband wurde ein Dermatoldeckverband angewendet. Es trat eine reaktionslose Heilung der Wunde ohne Auftreten von Fieber oder sonstigen Komplikationen ein. Um einen noch besseren kosmetischen Erfolg zu erzielen wurde zu einer zweiten Operation am 28. VI. 1905 geschritten.

Die Operation wurde in Chloroformnarkose, Morphium subkutan 0,015 in der Gestalt ausgeführt, dass unter Erhaltung der Nasenspitze und Umsäumung der Nasenöffnung ein grosser Keil mit nach vorne gelegener breiter Basis excidiert wurde. Die wiederum eintretende profuse Blutung wurde ohne Thermokauter durch Abklemmung und Durchstechung sorgfältig gestillt. Die entstandenen Wundflächen wurden entsprechend vernäht und dann ein Dermatoldeck-

verband angelegt. Am 3. VII. erfolgte die Entfernung einzelner Nähte; die Wunde heilte reaktionslos. Am 6. VII. konnten die letzten Nähte herausgenommen werden und Patient verliess auf seinen eigenen Wunsch die Klinik.

Am 13. I. 1907 erschien der L. J. auf Wunsch des Verfassers wieder in der Klinik, um den Erfolg der Operation jetzt nach 1½ Jahren kontrollieren zu können. Es zeigte sich dabei, dass der Erfolg ein dauernder und sehr guter geworden ist. Es ist zu keinem Recidiv gekommen (siehe Tafel III). Die Nase hat, im Profil gesehen, normale Gestalt. Von vorne sieht man eine Narbe, die durch die Durchtrennung des Nasenknorpels entstanden ist. An der Oberfläche sind noch einige grosse Porenflächen sichtbar, doch es besteht keine Absonderung von Sebum mehr. Auch ist die Farbe der Nase der übrigen Gesichtsfarbe entsprechend. Um dem Leser den Erfolg der Operation am besten beurteilen zu lassen, fügt der Verfasser ein Bild des Patienten im Profil bei, das am 13. I. 1907 in der chirurgischen Klinik aufgenommen wurde.

Was die Frage der Therapie des Rhinophymas anbetrifft, so ist die chirurgische wohl jetzt allgemein üblich. Die erste Operation eines Rhinophymas mag wohl der Wittenberger Professor Daniel Sennert gemacht haben. Er schreibt von einem Manne, dessen Nase so gross gewesen sei, dass sie ihn beim Lesen gehindert hätte. Aus diesem Grunde hätte er sich im Jahre 1629 einige Teile von der Nase abschneiden lassen.

Heutzutage werden verschiedene Methoden geübt.

1879 beschrieb Ferdinand v. Hebra seine ersten operativ geheilten Fälle von Rhinophyma. Er war folgendermassen vorgegangen: Der linke Zeigefinger des Operateurs wurde in das Nasenloch des zu Operierenden eingeführt, um beständig eine Kontrolle zu haben, dass die Nasenhöhle nicht

eröffnet würde. Er schnitt mit einem breiten Skalpell zuerst die Protuberanzen der beiden Nasenflügel an ihrer Basis ab. Hierauf wurden die Höcker an der Nasenspitze abgekappt und eventuell noch überstehende Ecken noch abgeschnitten. Die intensive Blutung wurde mittels Kompression gestillt.

In neuerer Zeit machte Ollier seine Methode bekannt, die er Décortication des nez éléphantiasiques bezeichnet. Sein Verfahren ist im allgemeinen dem v. Hebra'schen gleich. Nur wandte er, um die profusen Blutungen zu stillen und etwaigen komplikatorischen Erysipelen vorzubeugen, anstatt des Messers die galvanikaustische Schlinge an oder verschorfte die Schnittflächen mit dem Thermokauter.

Dann empfehlen noch mehrere Autoren das Verfahren Olliers, während andere für die alleinige Anwendung des Messers plaidieren.

Krohmayer führte 1894 eine Änderung der Therapie insoferne ein, als er nach Abtragung der Geschwulstmassen und sorgfältigster Blutstillung durch Kompression, Fassen und Torquierung der Gefässe mittels Thiersch'scher Transplantation mit Epidermislamellen aus dem Oberschenkel die Wundflächen deckte. Nach acht Tagen waren die Lappen angeheilt.

Aber innerhalb der Transplantationsstelle um die Nasenspitze herum waren zahlreiche miliare Abscesse aufgetreten, die in den nächsten Tagen spontan durchbrachen, ihren aus Detritus, Epithelien und Eiterkörperchen bestehenden Inhalt entleerten und später das Aussehen erweiterter Talgdrüsenöffnung annahmen. Es hatte sich also um die Bildung von Retentionscysten gehandelt.

Ein weiteres Verfahren ist die ebenfalls oft angewandte Keilexzision mit sekundärer Naht. Verschiedene Autoren berichten darüber und hatten ausgezeichnete Resultate.

Eine ganz andere Methode der Rhinophymaoperation gab Weinlechner an mit der subkutanen Exstirpation des Bindegewebes nach vorausgegangenem umgekehrten Y-schnitte. Hierbei wurden jedoch schlechte Erfahrungen gemacht. Denn es kam zur teilweisen Nekrose der Hautlappen und zur Bildung von tiefen Narben.

Sternberg empfahl das von Gersuny erdachte und von ihm geübte Verfahren. Die Abschälung der ganzen veränderten Nasenhaut, sorgfältige Blutstillung und Deckung der Wunde mittels Thier'scher Transplantation.

Es erübrigt zu erwähnen, welche Methode jetzt am geeignetsten erscheint. Die Behandlung wird sich nach der Art des Leidens richten müssen. Handelt es sich um ganz circumskripte knollige Verdickungen, so wird man mit der Keilexzision auskommen können, wenn man mit Sicherheit annehmen kann, dass die Haut nur teilweise erkrankt ist. Beim Ergriffensein der ganzen vorderen Nasenpartie wird man sich nach dem Grade der Neubildung richten müssen. Ist die Nase an der Spitze und an den Spitzen gleichmässig nicht allzusehr vergrössert, so dürfte die Dekortikation mit darauffolgender Modellierung der Nase am Platze sein.

Was die Anwendung der Thier'schen Transplantation anlangt, so teilt Verfasser die Ansicht Ruschs, der die Transplantation als unnötig erachtet. Die Überkleidung der Wundflächen mit Epidermis erfolgt auch ohne die Anwendung der Transplantation, denn die quer durchschnittenen und in ihrer epithelialen Auskleidung dadurch angefrischten Ausführungsgänge der Talgdrüsen stellen ohnehin kleine Epidermisinseln dar, von denen aus die Überhäutung rasch vor sich geht. Ausserdem ist die Transplantation nicht ohne Bedenken anzuwenden, denn die Drüsengänge können entweder durch die Epidermislamellen

verstopft werden, und es kommt auf diese Weise, wie oben erwähnt wurde, zur Bildung von Retentionscysten, oder das ausfliessende Sebum stösst die Lamellen ab und die Transplantation war vergebens. Sind Stellen in der Wunde da, in welche die Talgdrüsen nicht mehr hineinreichen, so kann man ja die Transplantation machen. Sie bezweckt aber nur einen etwas rascheren Verlauf der Heilung. Vom Rande her erfolgt ebenfalls die Überkleidung mit Epithel. Namentlich wenn man durch systematische Anwendung des Lapisstiftes die Granulationsbildung niederhält.

Bei so grossen Formen von Rhinophymen wie in unserem Falle dürfte eine Dekortikation mit sofortiger Modellierung der Nase in dem weichen Gewebe schwer fallen. Es wurde deshalb die Operation in zwei Sitzungen ausgeführt. Die Abbildung zeigt, wie gut der therapeutische Erfolg war.

Gänzlich abzuraten ist von der Anwendung von Schälpasten oder Keilexzision im erkrankten Gewebe. Kirmison berichtet allerdings über einen Fall, wo nach der teils mit dem Messer, teils mit dem Thermokauter bis auf den Knorpel ausgeführten Ablation während der Vernarbung auch die stehen gebliebenen Knoten sich verkleinerten. Demgegenüber stehen Beobachtungen Gersunys, der nach partiellen Exzyssen in kurzer Zeit Recidive sah.

Ist die Exstirpation des erkrankten Gewebes ausgeführt und eine richtige Modellierung der Nase gemacht, so ist die Prognose auf dauernde Heilung und sehr guten kosmetischen Erfolg als sicher zu stellen. Nach richtig ausgeführter Operation sah man niemals Recidive.

Lassar gibt dafür eine ebenso einfache, wie einleuchtende Erklärung: Der Reiz muss in den Talgdrüsen stecken, welcher die Hypersekretion, cystische Erweiterung und Bindegewebswucherung hervorruft. Und zwar muss der

Sitz des Reizes in der Nähe der Ausführungsstelle liegen. Denn hiefür spricht die dauernde Beseitigung des Leidens nach Entfernung der erkrankten Rindenpartien. Fällt aber mit dem Sitz des Leidens auch das letztere fort, so kann der bis dahin progressive Prozess nur an die endstehenden Partien der Talgdrüsenausführungsstränge gebunden sein. Die tieferen bleiben stehen und bilden, wie gezeigt, die Basis zur Überkleidung der Wundfläche mit Epithel.

—

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Ritter von Angerer für die liebenswürdige Übernahme des Referates und Überlassung des Materials, sowie Herrn Dr. Ach für die Anregung zur Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteraturverzeichnis.

Annales de Dermat. et Syphil.
I. 1869.
IV. S. 4. 1903.
IV. S. 5. 1904.
Beiträge zur klinisch. Chirurg. 39. 1903.
Bulletins et Memoires de la Société de Chir. nouv. S. 14. 1888.
Dissertationen. Würzburg. 1899—1900.
„ Berlin. 1889.
Illustr. Mediz. Zeitung. III. Bd.
Med. Zeitung. 19. 1898.
„ „ 21. 1900.
Prager Medizin. Wochenschrift. V. 1880.
Tageblatt d. 47. Versammlung deutsch. Ärzte. Breslau. 1874.
Zeitschrift für Dermatologie. 13. 1881.
Wiener medizinische Blätter. 19. 1896.
Wiener klinische Wochenschrift. 15. 1902.
Dermatologische Zeitschrift. II. 1895.
„ „ V. 1898.
Dissertation. München 1902. Croneberg.
Virchow, Archiv. Bd. 120.

Lebenslauf.

Ich, Herbert Schneider, wurde am 2. Mai 1880 zu Manchester als Sohn des Kaufmanns Oskar Schneider und seiner Frau Sophie, geb. Oehrström, geboren. Nachdem 1884 unsere Familie nach Braunschweig übergesiedelt war, besuchte ich später das Herzogl. Neue Gymnasium zu Braunschweig, das ich im September 1901 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Im Oktober 1901 wurde ich als Student der Medizin an der Kgl. Ludwig-Maximilians-Universität zu München immatrikuliert. Dortselbst blieb ich zehn Semester ohne Unterbrechung immatrikuliert, bestand im Februar 1904 die ärztliche Vorprüfung, begann mein medizinisches Staatsexamen am 15. Oktober 1906 und vollendete letzteres am 30. November 1906. Mein Doktorexamen bestand ich am 6. März 1907. Gegenwärtig bin ich Medizinalpraktikant an der Professor Schlösser'schen Augenheilanstalt.

Während meiner Studienzeit hörte ich an der Münchener Universität die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

v. Angerer, v. Baeyer, v. Bauer, Bezold, v. Bollinger, Dürck, Eversbusch, Goebel, Gruber, Hertwig, Herzog, Hofmann, Kraepelin, May, Mollier, Müller, L. Neumeyer, H. Neumeyer, Posselt, v. Ranke, Roentgen, Rückert, L. Seitz, K. Seitz, Schlösser, Stumpf, v. Tappeiner, v. Voit und v. Winckel.